

گزارش یک مورد جا ماندن گاز کامل در مثانه به مدت طولانی

چکیده:

دکتر سید محمدرضا ربانی*

مقدمه و هدف: تخمین می‌زنند در هر ۱۵۰۰ مورد عمل جراحی روی شکم و لگن، در یک مورد جسم خارجی باقی می‌ماند، ولی به طور کلی این مسئله نادر است. در این مقاله یک مورد نادر به جا ماندن گاز جراحی در مثانه بیماری که تحت عمل پروستاتکتومی باز قرار گرفته بود، گزارش می‌شود.

*متخصص کلیه و مجاری ادراری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، گروه ارولوزی

تاریخ وصول: ۱۳۸۵/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۵/۴

معرفی بیمار: بیمار مرد ۶۰ ساله روستایی است که به علت ادرار بدبو و علایم تحریکی و انسدادی مثانه، به کلینیک شهید مفتاح دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۴ مراجعه کرد. وی ۱۹ ماه قبل از مراجعه تحت عمل پروستاتکتومی باز قرار گرفته بود. در بررسی های آزمایشگاهی، ادرار کدر با کشت منفی، آنتی‌ژن اختصاصی پروستات در حد طبیعی و آزمایش‌های عملکرد کلیه، طبیعی گزارش گردید و در سونوگرافی دستگاه ادراری یافته غیرطبیعی مشاهده نگردید. بیمار تحت عمل جراحی از روی برش قبلی قرار گرفت، گاز خارج گردید و پس از عمل علایم بیمار برطرف گردید.

مؤلف مسئول: دکتر سید محمدرضا ربانی

پست الکترونیک: SMR.Rab@gmail.com

نتیجه‌گیری: جای ماندن گاز در مثانه ممکن است تا مدت‌های طولانی برای بیمار قابل تحمل باشد و وی ممکن است علی‌رغم وجود جسم خارجی در مثانه، فقط با علایم تحریکی و انسدادی که در بیماران مبتلا به هیپرتروفی پروستات بعد از عمل هم ممکن است دیده شود مراجعه نماید. تیم جراحی نباید فقط به شمارش گازها بعد از عمل اکتفا بکنند، بلکه در موارد مشکوک باید اقدام به عکس برداری نمایند.

واژه‌های کلیدی: گاز جراحی، جسم خارجی در مثانه، پروستاتکتومی

مقدمه

در این مقاله یک مورد نادر از به جا ماندن گاز جراحی در مثانه بیماری که تحت عمل پروستاتکتومی باز قرار گرفته بود، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۶۰ ساله ای است که در یکی از روستاهای یاسوج زندگی می‌کند. وی به علت ادرار بدبو و علایم تحریکی و انسدادی مثانه، به کلینیک شهید مفتح دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۴ مراجعه کرده است. از شرح حال بیمار مشخص گردید که ۱۹ ماه قبل از مراجعه، تحت عمل جراحی پروستاتکتومی باز قرار گرفته بود و در معاینه فیزیکی نیز خط جوشگاه در وسط و پایین شکم مؤید این عمل بوده است.

در بررسی‌های آزمایشگاهی، ادرار کدر، کشت ادرار منفی، آنتی‌ژن اختصاصی پروستات در حد طبیعی و آزمایش‌های عملکرد کلیه نیز طبیعی گزارش گردید. سونوگرافی نیز نشانی از بزرگی مجدد پروستات و یا یافته غیرطبیعی دیگری را گزارش نکرد. با توجه به موارد ذکر شده، بیمار با تشخیص احتمالی تنگی مجرا یا گردن مثانه به عنوان عارضه قابل پیش بینی به دنبال عمل جراحی پروستات، تحت عمل سیستوسکوپی قرار گرفت، اما وجود گاز در مثانه به وضوح مشخص شد. بیمار از طریق برش جراحی روی برش قبلی تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک گاز کامل، تا شده، تغییر رنگ یافته و

با وجود این که تخمین می‌زنند در هر ۱۵۰۰ مورد عمل جراحی روی شکم و لگن، در یک مورد جسم خارجی در بدن بیمار باقی می‌ماند، اما به طور کلی این مسئله نادر است. با این حال علی‌رغم نادر بودن این اتفاق، به نظر می‌رسد که این رخداد بیش از آن که گزارش می‌شود اتفاق می‌افتد، زیرا در مطالعات انجام شده، مشخص گردید که در بیش از دو سوم موارد اجسام خارجی باقی مانده، بعد از عمل به صورت اتفاقی و در بیماران فاقد علامت کشف گردیده است. هر چند که لازم است این اجسام خارجی از بدن بیرون آورده شود، اما نباید خطر خارج کردن آنها را در بعضی موارد که ممکن است عوارض وخیمی در بر داشته باشد، از نظر دور داشت. از طرفی هنوز در این زمینه دستورالعمل واحد و مشخصی در منابع پزشکی عنوان نشده است. همچنین در مورد تقبل مسئولیت هزینه‌های عمل مجدد هم از طرف شرکتهای بیمه روش مستندی وجود ندارد (۱). تجربه نشان داده است که مهمترین عوامل خطر در مورد به جا ماندن جسم خارجی در بیمارانی که تحت عمل جراحی شکم قرار می‌گیرند عبارتند؛ از جراحی در شرایط اورژانس، تغییر عمل جراحی در شرایطی که قبلاً پیش بینی نشده باشد و نیز در بیماران با وزن بالا هم شانس به جا ماندن اجسام خارجی در حین عمل جراحی بیشتر است (۲).

ماندن گاز جراحی گزارش گردیده است که شایع‌ترین علت آن شمارش غلط گازها بوده است که به تنهایی عامل ۷۶ درصد موارد این خطای جراحی بوده است. همچنین بیش از دو سوم گازهای به جا مانده به وسیله رادیوگرافی‌های تصادفی که به علل دیگری در بیماران بدون علامت گرفته شدند، کشف گردیدند (۴).

در بیمار گزارش شده خطرات بالقوه ناشی از جستجوی گاز در حین جراحی را نداشته، از طرف دیگر عوارض غیرقابل پیش‌بینی ناشی از صدمات به ارگانهای دیگر نیز کمتر و تشخیص محل گاز و درمان آن نیز، آسان تر بوده است، ولی به هر حال خطر بروز عفونتهای ادراری و سپتی سمی و تشکیل سنگ را به طور بالقوه با خود حمل می‌کرد. در حالی که جستجوی گاز در محلی مثل فضای لگن که باعث فیبروز و سختی به دنبال جراحی قبلی می‌گردد، بسیار سخت است و امکان آسیب به عروق، اعصاب و احشاء را به دنبال خواهد داشت. با توجه به این دلایل بسیاری از بیماران با توجه به این که ممکن است بدون علامت هم باشند، از انجام عمل جراحی برای در آوردن این گازها، خودداری می‌نمایند (۴).

علی رغم به کارگیری همه موارد احتیاطی، باز هم به دلیل خونریزی، خستگی ناشی از اعمال جراحی سنگین و طولانی و نیز بهای بیش از حد دادن به شمارش صرف گازها، ممکن است در میدان عمل جراحی، گاز باقی بماند. بعد از این که مشخص گردید

بسیار بدبو از مثانه وی خارج گردید. بیمار هم اکنون بدون علامت زندگی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

سیر طبیعی اجسام خارجی باقی مانده پس از اعمال جراحی متفاوت است و با توجه به استریل بودن این اجسام از جمله گاز جراحی، ممکن است سالها بدون علامت باقی بمانند (۱).

هرچند که گاز ماده‌ای نسبتاً خنثی است، اما توده گاز ممکن است واکنشهای آماسی یا گرانولوماتوز در محل خود تولید نماید یا به صورت ثانویه عفونی شده و تولید آبسه یا فیستول نماید یا بتواند وارد یکی از احشاء توخالی بدن گردد یا به طرف خارج گسترش یابد و سطحی شود یا این که به سمت یک استخوان رفته و نهایتاً منجر به شکستگی پاتولوژیک استخوان شود و یا این که به دنبال آسیب رساندن به عروق، باعث خونریزی خطرناک گردد (۳).

از گازهای جراحی برای برقراری هموستاز به خصوص در جراحی لگن زیاد استفاده می‌شود، اما شمارش گازها در پایان عمل جراحی مانع به جا ماندن گاز می‌شود و در صورتی که مشکلی وجود داشته باشد، با توجه به نخهای رادیوآپک موجود در گازهای جراحی، می‌توان از رادیوگرافی روی تخت عمل استفاده کرد. نتایج مطالعه‌ای که به وسیله کایزر و همکاران^(۱) (۱۹۹۶) در آمریکا انجام گردید نشان داد که در طی هفت سال، چهل مورد به جا

I-Kaiser et al

گاز باقی مانده است می‌باید به منظور اجتناب از عوارض بالقوه و غیرقابل پیش بینی آن، جسم خارجی را از بدن خارج ساخت. توصیه می‌شود در مواردی که گاز در ناحیه لگن یا در نقاط آناتومیکی که جستجوی گاز در میان بافت‌های جوشگاهی به صورت بالقوه خطر آسیب‌های عروقی را به دنبال خواهد داشت، قبل از عمل با جراحان عروق مشاوره به عمل آید(۴).

در مجموع به جا ماندن گاز در مثانه ممکن است تا مدتهای طولانی برای بیمار قابل تحمل باشد و وی ممکن است علی‌رغم وجود جسم خارجی در مثانه، فقط با علایم تحریکی و انسدادی که در بیماران مبتلا به هیپرتروفی پروستات بعد از عمل هم ممکن است دیده شود مراجعه نماید. تیم جراحی نباید فقط به شمارش گازها بعد از عمل اکتفا بکنند، بلکه در موارد مشکوک باید اقدام به عکس‌برداری نمایند.

Gossypiboma (Retained Bladder Surgical Sponge): A Case Report

Rabani SMR*

*Assistant Professor of Urology, Department of Urology, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

KEYWORDS:
Surgical Sponge,
Foreign body of bladder,
Prostatectomy

Received: 16/2/1385
Accepted: 4/5/1385

Corresponding Author: Rabani SMR
E-mail: SMR.Rab@gmail.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: It is estimated that in abdominal and pelvic surgery, foreign bodies remain in one in 1500 operations. Here we report a rare kind of retained surgical sponge in the bladder of a patient that underwent open prostatectomy.

Case: The patient is a 60 years old rural man from Yasuj, which came with malodor urine with obstructive and irritative urinary symptoms. He had a history of open prostatectomy 19 months ago. Evaluation revealed, cloudy urine, negative urine culture, normal PSA and normal findings in genitourinary tract sonography. The patient underwent surgery and the bladder was opened through the previous incision. The retained sponge was removed and the patient became symptom free in post operation period.

Conclusion: Retained bladder sponge may be tolerated by the patient even for a long period of time. In spite of being a foreign body the patient may only complaint for obstructive and irritative voiding symptoms, which may be common in postprostatectomic patients (bladder instability).

REFERENCES:

1. Heffernan JP, Heiden Berg HB, Irby PB, Moul JW. Gossypi boma (retained surgical sponge) and recurrent bladder neck contracture after radical retropubic prostatectomy and bilateral pelvic lymph node dissection. *The Journal of Urology* 1997;157:1356-7.
2. Gawande AA, Studdert DM. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *The New England Journal & Medicine* 2003; 348: 229-35.
3. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery. A continuing problem. *Arch Surgery* 1990;125:405.
4. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. *Ann Surgery* 1997; 224:79-84.